**द्रुत COVID-19 एन्टिजेन जाँचको लागि सहमति फारम**

|  |
| --- |
| विद्यार्थीको नाम: |
| विद्यार्थीको जन्ममिति: |
| स्कूल: |
| अभिभावक / संरक्षकको नाम(हरू): |
| घरको ठेगाना: |
| फोन नम्बर: |

**कृपया निम्न सूचित सहमतिको सूचना ध्यान दिएर पढ्नुहोस् र COVID-19 को जाँचको लागि स्वीकृतिमा हस्ताक्षर गर्नुहोस् ।**

1. माथि-उल्लिखित विद्यार्थीको COVID-19 जाँच Washington State Department of Health (वाशिंगटन राज्यको स्वास्थ्य विभाग) द्वारा प्रदान गरिएको <insert name of test> मार्फत गरिने छ भनेर मैले बुझेको छु र मलाई *व्यक्तिको लागि तथ्य पाना* उपलब्ध गराइएको कुरा स्वीकार गर्छु ।
2. माथि उल्लिखित विद्यार्थीले प्राप्त गर्ने जाँच, जाँच सामाग्रीको आपूर्तिको उपलब्धतामा सीमित रहनेछ भनेर मैले बुझेको छु ।
3. जाँच गर्ने संस्था माथि उल्लिखित विद्यार्थीको चिकित्सा प्रदायकको रुपमा कार्य गर्दैन भनेर मैले बुझेको छु । जाँचले चिकित्सा प्रदायकको उपचारलाई प्रतिस्थापन गर्दैन । चिकित्सा सल्लाह, स्याहार र चिकित्सा प्रदायक वा स्वास्त्य स्याहार निकायबाट उपचार सहित, यदि मसँग प्रश्न वा चिन्ताहरू भएमा, यदि माथि उल्लिखित विद्यार्थीमा COVID-19 को लक्षण देखा परेमा, वा माथि उल्लेखित विद्यार्थीको अवस्था बिग्रिएमा, जाँचको नतिजाहरूसँग सम्बन्धित उपयुक्त कारवाही गर्न म सम्पूर्ण र पूर्ण जिम्मेवारी लिन्छु ।
4. कुनैपनि चिकित्सा जाँचमा जस्तै, त्यहाँ COVID-19 जाँचको गलत पोजिटिभ वा गलत नेगेटिभ परिणामको सम्भावना भएको कुरा मैले बुझेको छु ।
5. माथि उल्लेखित विद्यार्थीको स्वास्थ्य सेवा प्रदायकलाई पोजिटिभ जाँचको नतिजाको बारेमा जानकारी दिनु मेरो जिम्मेवारी हो, र माथि उल्लेखित विद्यार्थीको स्वास्थ्य सेवा प्रदायकलाई पठाउनको लागि प्रतिलिपि पठाइने छैन भनेर मैले बुझेको छु ।
6. एन्टिजेन जाँचको नतिजा 15-30 मिनेटमा उपलब्ध हुनेछ भनेर मैले बुझेको छु ।
7. एन्टिजेन जाँचको पोजिटिभ नतिजा माथि उल्लेखित विद्यार्थीले अरूलाई संक्रमित हुनबाट जोगाउनको लागि आफै-आइसोलेसनमा रहनुपर्छ भन्ने संकेत हो भनेर मैले बुझेको छु र स्वीकार गर्छु ।
8. मलाई जाँचको उद्देश्य, प्रक्रियाहरू, र सम्भावित जोखिम र लाभहरूको बारेमा सूचित गरिएको छ । मसँग

COVID-19 जाँच अघि बढाउनु अघि प्रश्नहरू सोध्ने अवसर हुनेछ । यदि मैले माथि उल्लेखित विद्यार्थीलाई COVID-19 निदानको जाँच जारी राख्न नचाहेमा, मैले जाँच अस्वीकार गर्न सक्छु भनेर मैले बुझेको छु ।

1. सार्वजनिक स्वास्थ्य र सुरक्षा सुनिश्चित गर्न र COVID-19 फैलनबाट नियन्त्रण गर्नको लागि, जाँचको नतिजा

मेरो व्यक्तिगत स्वीकृति बिना साझा गरिनेछ भनेर मैले बुझेको छु ।

1. जाँचका परिणामहरू कानूनतः आवश्यक भए बमोजिम उचित सार्वजनिक स्वास्थ्य निकायहरूमा पठाइनेछ भन्ने कुरा मैले बुझेको छु ।
2. मैले कुनै पनि बेला जाँचको लागि मेरो सहमति फिर्ता लिन सक्छु भनेर मैले बुझेको छु ।

**COVID-19 को लागि स्वीकृति / सहमति**

* म माथि उल्लेखित विद्यार्थीको COVID-19 जाँच गराउनको लागि स्वीकृति प्रदान गर्न सहमत छु ।

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

अभिभावक / संरक्षकको हस्ताक्षर मिति

* म COVID-19 जाँच गराउनको लागि सहमत छु ।

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

विद्यार्थी (18 वर्ष वा माथि) को हस्ताक्षर मिति